

中華民國牙醫師公會全國聯合會

牙周病統合治療方案課程

牙周病統合治療方案課程表

◆ 課程時間表：

時間	內容
50 分鐘	牙周病統合治療方案之申報方式與流程
50 分鐘	牙周病專業課程(I)個案篩選與器械的保養
50 分鐘	牙周病專業課程(II)治療的實施
50 分鐘	牙周病專業課程(III)治療的評估

- ◆ 查詢繼續教育積分，請登入 **衛生福利部醫事人員繼續教育積分管理系統**（右側 QR-code）查詢及列印。登入後查詢路徑：查詢→上課紀錄→課程時間→查詢→匯出。



- ◆ 加入牙周病統合治療方案申請程序：

（★需取得執業執照並於執業場所完成執業登記）

每月 5 日前郵寄 **申請書+教育訓練證明** 至牙醫全聯會（104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓，牙醫全聯會收），由全聯會彙整名單送所轄保險人分區業務組核定，核定後將由健保署於隔月發核定函予院所。

- ◆ 牙周病統合治療方案醫師資格查詢，可至健保署網站(右側 QR-code)，查詢路徑：**種類**:牙周病統合治療方案→**縣市**:執登院所縣市→**鄉鎮市**:執登院所鄉鎮市→查詢執登院所→執登院所下所列醫師姓名者則具執行



目 錄

- 牙周病統合治療方案行政篇
 - ◆ 牙周病統合治療方案行政課程 1
- 牙周病統合治療方案專業篇
 - ◆ 牙周病統合治療方案專業課程 12
 - ◆ 牙周病統合治療摘要 41
 - ◆ 牙周治療常犯的一些錯誤 43
 - ◆ 牙周病治療說明書 44
- 附件(電子檔可逕至全聯會網站下載)
 - ◆ 附件一 牙周病統合治療方案 46
 - ◆ 附件二 牙周病統合治療方案登錄作業 49
 - ◆ 附件三 牙周病統合治療衛教照護資訊 56

牙周病統合治療方案及 相關表單	牙周病統合治療 衛教照護資訊	牙周病統合治療 衛教照護手冊
		

牙周病統合治療方案行政篇

牙周病統合治療方案 行政篇

牙周病統合治療方案 就是 Cause-Related Periodontal Therapy

台灣牙周病現況

從需要(Need)、需求(Demand)到
醫療供給(Supply)看台灣牙周病的現況

牙周病統合治療方案推動的緣由

- 民眾的需求
- 牙醫師的責任
- 醫療利用的提升
- 整體社會利益的增進

歷年健保牙周病治療醫令數佔率統計

項目	106年		107年		108年		109年	
	醫令數	醫令牙周佔率	醫令數	醫令牙周佔率	醫令數	醫令牙周佔率	醫令數	醫令牙周佔率
91001C	4,407,808	30.18%	4,660,367	30.78%	4,818,232	30.93%	4,818,593	31.44%
91003C	146,757	1.00%	147,052	0.97%	159,168	1.02%	153,547	1.00%
91004C	9,160,316	62.72%	9,380,986	61.96%	9,645,748	61.92%	9,308,957	60.73%
91006C	7,968	0.05%	8,233	0.05%	9,482	0.06%	8,865	0.06%
91007C	127,518	0.87%	117,559	0.78%	116,633	0.75%	101,057	0.66%
91008C	212,540	1.46%	210,808	1.39%	212,437	1.36%	197,917	1.29%
91009B	10,515	0.07%	10,712	0.07%	10,763	0.07%	10,693	0.07%
91010B	8,537	0.06%	7,897	0.05%	7,393	0.05%	7,171	0.05%
P4001C/91021C	189,185	1.30%	214,866	1.42%	215,921	1.39%	259,348	1.69%
P4002C/91022C	184,549	1.26%	206,602	1.36%	207,675	1.33%	251,122	1.64%
P4003C/91023C	149,737	1.03%	174,302	1.15%	173,098	1.11%	210,645	1.37%
牙周醫令小計	14,605,430	100.00%	15,139,384	100.00%	15,576,550	100.00%	15,327,915	100.00%

歷年健保牙周病治療醫令數佔率統計

項目	110年		111年		112年		113年	
	醫令數	醫令牙周佔率	醫令數	醫令牙周佔率	醫令數	醫令牙周佔率	醫令數	醫令牙周佔率
91001C	4,752,163	32.17%	5,031,564	32.27%	5,403,404	32.00%	5,447,232	33.38%
91003C	145,452	0.98%	149,037	0.96%	159,492	0.94%	136,216	0.83%
91004C	8,866,374	60.03%	9,314,977	59.74%	10,159,453	60.17%	9,624,839	58.99%
91006C	8,727	0.06%	8,480	0.05%	9,203	0.05%	9,088	0.06%
91007C	93,213	0.63%	94,180	0.60%	93,698	0.55%	86,829	0.53%
91008C	187,649	1.27%	196,057	1.26%	201,416	1.19%	187,403	1.15%
91009B	8,119	0.05%	9,312	0.06%	10,029	0.06%	9,688	0.06%
91010B	5,444	0.04%	6,121	0.04%	5,961	0.04%	5,206	0.03%
91021C	253,986	1.72%	280,856	1.80%	298,927	1.77%	285,953	1.75%
91022C	245,137	1.66%	272,151	1.75%	291,284	1.73%	279,079	1.71%
91023C	204,019	1.38%	229,946	1.47%	251,423	1.49%	245,392	1.50%
牙周醫令小計	14,770,283	100.00%	15,592,681	100.00%	16,884,290	100.00%	16,316,925	100.00%

牙周病統合治療方案推動的緣由

- 民眾的需求
- **牙醫師的責任**
- 醫療利用的提升
- 整體社會利益的增進

Cause-Related Periodontal Therapy

- 目的
 - Motivating the patient to understand and combat periodontal diseases (patient information)
 - Giving the patient instruction on how to properly clean his/her teeth (self-performed plaque control methods)
 - Scaling and root planing
 - **Removal of additional retention factors for plaque such as overhanging margins of restoration, ill-fitting crowns, etc.**

牙周病統合治療方案推動的緣由

- 民眾的需求
- 牙醫師的責任
- **醫療利用的提升**
- 整體社會利益的增進

近年健保牙醫支付情況

- OD比例下滑
 - 平均填補顆數
 - 重複填補率
- 全口牙結石清除成長趨緩
 - 重複全口牙結石清除率
- 根管治療顆數下降
- 合理門診量的限制合理嗎？
- 還有甚麼可以支撐牙醫健保？

牙周病統合治療方案推動的緣由

- 民眾的需求
- 牙醫師的責任
- 醫療利用的提升
- **整體社會利益的增進**

推動牙周病統合治療方案符合整體社會利益的增進

- 滿足民眾的牙周病治療的需求
- 善盡牙醫師的責任
- 提升醫療的品質與價值
- 增進牙醫師正面形象
- 整體社會受益

全民健康保險醫療費用支付標準 第五章 牙周病統合治療方案

- 一. 依據實證醫學證據，對各類牙周病病情實施相對應的治療處置。
- 二. 改善現行對初期牙周炎以上患者實施牙根整平術（齒齦下刮除術）之醫療品質（強調牙周病患者自身潔牙的重要與治療前後療效），延長牙齒使用年限，提升口腔健康，減少被保險人後續的自費醫療負擔。
- 三. 漸進提高牙周病醫療服務量，以符合被保險人牙周病治療的需求。

通則

- 一. 適用治療對象：為全口牙周炎患者，**總齒數至少十六齒**（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），**六顆牙齒以上牙周囊袋深度5mm以上**。

牙醫師資格 申請程序及審查程序

- (一) **一般醫師**須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（**一學分行政課程；三學分專業課程**）。
- (二) 臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會**專科醫師**、一般會員均須接受**一學分**以上牙周病統合治療方案相關之**行政部分教育訓練**。
- (三) 醫師**非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人**；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

牙醫師資格 申請程序及審查程序

- (四) 醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，**若當年申報91023C個案數比率小於百分之33.33者**（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，**兩年內不得申報本方案診療項目**，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。
- (五) 特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；**申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務**。

※ 經核定符合資格之醫師，執業執照異動(或支援其它院所)，**毋須再申請核備作業**

支付規範

- (一) 本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。
- (二) 若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報91006C或91007C三次者，不得申報本方案中所列診療項目。

支付規範

- (三) 執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行91021C起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。

VPN登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階支付（91021C）者，系統將自動刪除VPN登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。

※ 中央健康保險署**增設醫令自動化檢核邏輯**如**未完成登錄不予支付費用**，請依支付標準規定針對收案對象務必完成VPN登錄案件。

牙周病統合治療 健保資訊服務系統(VPN)

範例：

- 109/9/1~9/30登錄VPN之個案，需於109/10/20前完成並申報牙周病統合治療第一階段支付(91021C)。
- 為避免登錄VPN後未執行方案，而影響病患就醫權益，未於次月二十日前完成申報91021C者，系統會自動刪除VPN登錄資料，若欲執行，請重新登錄。

牙周病統合治療 健保資訊服務系統(VPN)登錄/查詢

1. 登入健保資訊服務系統(VPN)。
2. 作業項目請選擇「牙周病統合治療登錄」作業，輸入用戶代號及密碼，即顯示牙周病資料登錄及查詢畫面。
3. 輸入病人身分證字號+出生日期後：

- a) 若無資料時顯示「此ID未曾登錄，可新增收案」。
- b) 有資料時下方查詢出此個案所有登錄過的牙統執行資料。

牙周病統合治療 健保資訊服務系統(VPN)登錄/查詢

新增牙周病統合治療收案資料

- 依序登錄姓名、收案日期、醫師ID後按新增。
- 系統提供新增成功訊息，並顯示新增資料。
- 除醫師ID為非必填欄位外，其他欄位(如身分證字號等)均屬必填欄位。
- 相關操作內容，可參考「牙周病統合照護登錄作業」使用者手冊。

支付規範

- (四) 91021C~91023C治療期間內或自申報91021C起180天內(方案未完成者)，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除91001C、91013C、91019C、91088C外)
- (五) 院所申報91022C起，一年內不得申報91006C至91008C之診療項目服務費用。
- (六) 每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療(以執行91021C起算)。

支付規範

- (七) 本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中91021C至91023C各項目僅能申報一次，另申報91022C治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報91003C、91004C、91005C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C。

※ 114年5月1日起修改新增「91005C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C」

- (八) X光片費用另計，治療期間內限申報一次全口X光檢查(限申報34001C及34002C)。

※ X光片要足以辨識bone level，可採用apical(34001C)、bitewing(34002C)或pano片，apical或bitewing片可申報費用，pano片不能申報費用。

相關規範-醫療服務管控實務

(一) 醫管措施

- (1) 執行本方案之醫師每月申報件數以不超過二十件為原則(以91022C列計)，醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
- (2) 符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。

相關規範-醫療服務管控實務

- A. 專科醫師**（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），**或有教學計畫**（教學醫院、畢業後一般醫學訓練《post-graduated year, PGY》院所），得提出申請，經保險人核定後，**每月91022C申報件數不限**，隨一般案件抽審。
- B. 有醫療需求者**，於**最近兩個月內每月完成91023C申報件數達十件以上**，得提出申請，經保險人核定後**得增加為91022C每月三十件**（如當年三月提出申請，則以當年一月、二月申報91023C之件數核定）。申報件數超過核定數時，採立意審查。
- (3)專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於**每月五日前將申請表及相關資料**以掛號**郵寄牙醫全聯會**，牙醫全聯會初審後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並**由保險人分區業務組函復申請醫師**，並副知牙醫師全聯會。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91021C	牙周病統合治療第一階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行治療前全口X光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2. 應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3. 檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4. 未滿三十一歲患者須附全口根尖片或咬翼片。 5. 同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片或咬翼片。 6. 執行本方案前， 須至健保資訊網服務系統(VPN) 進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。	v	v	v	v	1800

114年5月1日起刪除「咬翼片」

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91022C	牙周病統合治療第二階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制紀錄。 2. 須檢附牙菌斑控制紀錄表及病歷供審查。	v	v	v	v	5000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91023C	牙周病統合治療第三階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1. 本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2. 完成牙周病統合治療第二階段支付(91022C)治療日起四週（二十八天以上）後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度5mm以上之牙齒，至少一個部位深度降低2mm者達七成以上，且無非適應症之拔牙時，方可申報。 3. 須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄表、牙周病檢查紀錄表及病歷供審查。	v	v	v	v	3200

臨床治療指引

91021C	牙周病統合治療第一階段支付
91022C	牙周病統合治療第二階段支付
91023C	牙周病統合治療第三階段支付
適應症 Indications	全口牙周炎(總齒數至少16齒(專業認定需拔除者不列入總齒數計算), 6(含)顆牙齒以上牙周囊袋深度≥5mm)
診斷 Diagnostic Study	病史、理學檢查 X光檢查 完整牙周病檢查紀錄(Periodontal charting) 咬合檢查(選)、牙髓活性試驗(選)、模型分析(選)
處置 Management	進階牙菌斑控制(治療前、牙根整平衡施行後4週後) 牙根整平衡 治療前、後完整牙周病檢查紀錄
完成狀態 Finishing Status	牙菌斑、牙結石清除，牙根整平、原本牙周囊袋深度≥5mm之牙齒至少1個部位深度降低2mm者達七成以上、牙齦發炎狀態改善。

牙周炎病人收取自費規範

• 第三部 牙醫 通則

七、牙周炎病人收取自費規範

- (一)牙周炎病人治療過程中，醫師若因病人病情特殊需要，應向其詳述理由，經病人同意並簽署自費同意書後，**除下列項目及本法第五十一條所定不列入本保險給付範圍項目外，不得再自立名目向病人收取自費**；本項自費項目之收費標準，應報請地方主管機關核定：
1. 牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠（激進型牙周病患者及頑固型牙周病患者適用）。
 2. 因美容目的而作的牙周整形手術。
 3. 牙周組織引導再生手術(含骨粉、再生膜)。
 4. 牙周去敏感治療(排除頭頸部腫瘤電療後病人)

「牙周抗生素凝膠」注意事項

- 適應症
 - 較嚴重牙周病，激進型牙周病，復發性牙周炎、患有系統性疾病身體免疫力較弱患者等。
- 參考價格區間
 - 價格可能依執行頻率、嚴重度、執行部位而異，建議參照各縣市衛生局核定自費項目收費標準。

「牙周抗生素凝膠」注意事項

- 禁忌症
 - 對四環黴素類藥物和Metronidazole衍生物有過敏的病人，若常規或經常性使用，可能會造成牙周病抗生素濫用及產生抗藥性。
 - 孕婦與哺乳的婦女：四環黴素列為懷孕用藥等級D級(有證據說明此藥對胎兒會造成危險)，它可影響胎兒牙齒與骨骼的發育，使牙齒出現棕灰色的變化，同時琺瑯質生長不良(enamel dysplasia)，骨骼發育亦受阻礙，亦會對母體產生肝毒性。
 - 八歲以下的兒童：若兒童服用四環黴素，也會造成恒齒(永久齒)的琺瑯質生長不良、齒冠變形(crown deformations)。

「牙周抗生素凝膠」注意事項

- 人員資格要求、執行頻率或其他相關注意事項
 - 非例行治療，需搭配基礎治療使用，且無法取代基礎治療或手術。
 - 執行頻率可依病情實際情況做調整，如一周一次，連續四次等等。
 - 相關注意事項：要配合傳統牙周病治療來為之，不可單獨作為主要治療牙周病方式(可參考附註文獻)；其使用應由牙醫師依臨床狀況做專業判斷並依病患需要來決定，不是每位牙周病患者都需要使用。

*附註：參考文獻
J Periodontol 2006;77:1458.
ADA Center for Evidence-Based Dentistry July, 2015

全民健康保險醫療費用審查注意事項

伍、牙周病：

- 六、申報「牙周病統合治療**第一階段支付(91021C)**」項目。審查案件須檢送以下審查資料：(108/3/1)(109/3/1)
 - (一)病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。
 - (二)治療前全口X光片(足以辨識骨頭高度bone level之X光片)。
 - (三)治療前牙周病檢查紀錄表。
- 七、申報「牙周病統合治療**第二階段支付(91022C)**」項目。審查案件除檢附**第一階段審查資料外，另須檢送治療前牙菌斑控制紀錄表及病歷**。(如為連續抽審案件，醫事機構應載明於醫令清單上，得免附X光片)(108/3/1)(109/3/1)

全民健康保險醫療費用審查注意事項

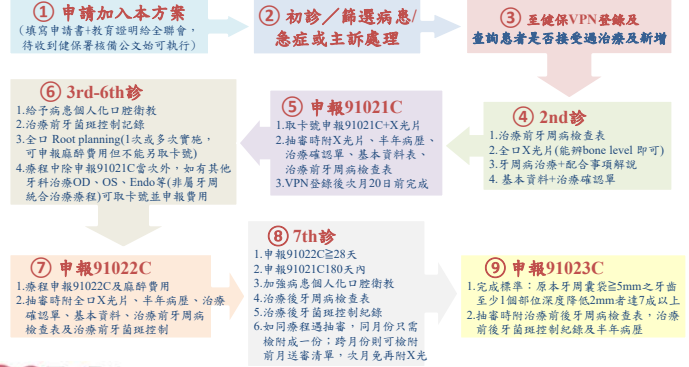
- 八、申報「牙周病統合治療**第三階段支付(91023C)**」項目。審查案件除檢附**第一及第二階段(91021C+91022C)**審查資料外，**另須檢送治療後牙周病檢查紀錄表、牙菌斑控制紀錄表及病歷**。(如為連續抽審案件，醫事機構應載明於醫令清單上，得免附X光片)(108/3/1)(109/3/1)
- 九、申報「牙周病統合治療」專業審查時，若所附資料經兩位審查醫師判定無法佐證治療適切性時，該醫師一年內執行個案得要求院所檢附個案治療前、治療後之臨床相片。(例如牙齦增生無明顯骨缺損破壞患者...等)。(108/3/1)(109/3/1)

申報案件類別

- 申報代碼91021C、91022C、91023C
- 申報案件類別填列「19」。

牙周病統合治療方案 作業流程、申報及審查重點

牙周病統合治療方案申報流程



案例的準備一

一. 評估病患病情是否符合要件

- 牙齒總數16齒以上
 - ◆第三大白齒列入計算
 - ◆殘根露出牙槽骨之上，且經過根管治療或病歷摘錄治療計畫列入計算
- 6顆牙齒以上具牙周囊袋深度5mm以上
- 專業認定(適應症)需拔除者不列入計算

二. 評估病患病情其他情形

- ✓ 病患的意願
- ✓ 病患的配合度
- ✓ 時間、住所...
- ✓ 病患的身體狀況
 - 有無影響病情的系統性疾病
 - 有無影響病情的嗜好、習慣
 - 執行口腔清潔的能力

案例的準備二

三. 評估病患是否符合治療方案的要件

- 個案曾於最近一年內，在同一特約院所施行申報91006C或91007C*3者不得申報本方案
- 個案於最近一年內曾施行申報91021C不得申報本方案(請至健保VPN牙周病統合照護登錄及查詢該病患是否曾接受牙周病統合治療方案，如個案未曾接受此方案治療或曾接受治療超過一年以上，始得新增後執行)。

專業認定(適應症)需拔除者

• 不列入總齒數計算

- Bone level極低者
- 殘根
- 阻生牙
- 牙根斷裂
- 其他該拔之情況



個人化口腔衛教

- 為提昇牙醫師提供牙周病治療之專業能力及提供治療之意願，及民眾對牙周照護的認知及接受牙周病治療之意願，本會特製作牙周病統合照護之教育光碟「新口腔時代—牙周病統合照護」(牙醫師版)及「新口腔時代—你不知道的牙周病」(民眾版)，以提供予會員醫師及民眾，同時刊登於本會網站。
- DVD可逕洽全聯會購買(150元/片)，辦人02-2500-0133#254
- 全聯會網址：www.cda.org.tw (影片置於網站首頁)



牙周病檢查紀錄表填寫法1

1. 牙周病檢查紀錄表需註明為術前或術後
2. 病人基本資料欄:
 - Name: 姓名
 - ID: 身分證號碼
 - Sex: 性別 M: 男 F: 女
 - Age: 年齡(足歲)
 - Date: 檢查日期

牙周病檢查紀錄表填寫法2

3. 檢查資料欄

- (依牙齒 #18 為例, 此表上、下、左、右對稱):
- Mobility (搖動度):
 - 1: 已會搖。
 - 2: 頰舌側水平方向搖動 < 1 mm。
 - 3: 頰舌側水平方向搖動 ≥ 1 mm。
 - D: 垂直方向可下壓。
- Furcation (根岔病變): 水平根岔病變, 以 mm 計。
- Probing depth (探測深度): 以 mm 計。
- 註記說明:
 - 牙位(tooth), 頰側(B / buccal), 顎側(P / palatal), 舌側(L / lingual)
 - 近心(M / mesial), 遠心(D / distal),
 - X (缺牙): 以英文大寫 "X" 取代牙齒編號, 代表缺牙。

牙菌斑控制紀錄表填寫法

- 有牙菌斑位置註記為1, 缺牙部位以英文大寫 "X" 取代牙齒編號。
- **Plaque Index (牙菌斑指數)**

$$= \frac{\text{註記數}}{\text{全口剩餘齒數} \times 6 \text{面}}$$

牙周病統合治療方案 病歷記錄表 (範本)

姓名: 鍾XX 病歷號碼: 69XXXX

日期	健保序號	治療部位	處置	醫令	醫師簽章	備註
109/3/01	000X	FM	CC: Treatment for gum disease Dx: FM Chronic periodontitis OHI, Charting, check X-ray (apical/ bitewing / or pano); Applied for comprehensive periodontal treatment	91021Cx1 34001CxM 34002CxN	xxx	
109/3/07	AB	FM	OHI: plaque score recording Subgingival scaling and root planing Under UR/UL/LR/LL local anesthesia	91022Cx1 96001Cx4	xxx	
109/4/11	AB	FM	Charting, plaque score recording, OHI	91023Cx1	xxx	

- 備註:
1. X光片只要足以辨識bone level 即可, 可採用apical、bitewing 或 pano片, apical或bitewing片可申報費用, pano片不能申報費用。
 2. 全口root plan視病情需要在1到多次診中完成, 91022C於完成後申報。
 3. 麻醉費用併同91022C主處置申報, 依實際執行之麻醉處置次數申報「牙科局部麻醉(96001C)」(不另取卡號), 並於病歷上詳實記載。

牙周病統合治療方案 申報注意事項

- 評估治療對象狀況, 判斷同日可併同完成牙周病統合性治療第一、二階段診療項目所述規範內容, 當執行之診療處置與申報一致時, 91021C及91022C可同日併同申報, 並不違反相關申報規範。一般執行91022C分多次施行處置, 則於全口療程結束後再行申報91022C。
- 麻醉費用併同91022C主處置申報, 依實際執行之麻醉處置次數申報「牙科局部麻醉(96001C)」(不另取卡號), 並於病歷上詳實記載。
- 務必依據實際處置執行情形, 依據支付標準規範如實申報「牙周病統合治療方案」。

牙周病統合治療方案審查原則 1

一. 抽審91021C皆需檢附資料:

1. 病人基本資料。
2. 病人接受治療確認單。
3. 治療前X光片:
 - 1) 可附齒頰全景X光片(不可申報費用)、根尖周X光片、咬翼式X光片(可申報費用, 張數不限定)。
 - 2) 應可見患者總齒數至少16齒(缺牙部位可不照, 但病歷要載明)。
 - 3) 需足以辨識骨頭高度bone level。
 - 4) 需可見6(含)顆牙周囊袋深度≥5mm之牙齒。
4. 治療前牙周病檢查紀錄表-全口有16顆(含)牙齒以上且其中需可見6(含)顆牙周囊袋深度≥5mm之牙齒。
5. 半年內之病歷影本(初診日為半年之內者, 自初診日起算; 初診日為半年以上者, 需附足回推半年以上之最後一筆病歷)。
6. 病歷應載明有提供口腔保健衛教指導。

牙周病統合治療方案審查原則 2

二. 抽審91022C需檢附資料：

1. 同抽審91021C全部資料。
2. 治療前牙菌斑控制紀錄表。
3. 病歷應載明：
 - 1) 有施行齒齦下刮除術或牙根整平之治療。
 - 2) 有提供牙菌斑進階去除指導及控制紀錄。
4. 不得重起療程。

牙周病統合治療方案審查原則 3

三. 抽審91023C需檢附資料：

1. 同抽審91021C、91022C全部資料。
2. 治療後牙周病檢查紀錄表及牙菌斑控制紀錄表。
3. 91022C與91023C要間隔4週（28天）以上。
4. 經牙周病檢查原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 之牙齒，至少1個部位深度降低 2mm 以上者達7成以上。
5. 治療後病患全口牙齒總齒數至少要剩16顆(含)以上(專業認定需拔除者不列入總齒數計算)。
6. 不得重起療程，且與91021C申報日時間需小於180天(含)。

牙周病統合治療方案審查原則 4

四. 其他審查原則：

1. 患者曾於最近一年內，在同一特約院所施行申報91006C、91007C*3者不得申報本方案。
2. 每一個案每年僅能執行乙次牙周病統合治療。
3. 91021C~91023C療程最長180天，療程中91021C-91023C各項目僅能申報乙次。
4. 自申報91022C起，一年內不得申報91006C~91008C之診療項目服務費用。
5. 完成第二階段91022C治療日起90天內，依病情需要，施行牙結石清除治療(91003C、91004C、91005C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C)，不得申報。

牙周病統合治療方案審查原則 5

四. 其他審查原則：

6. 於牙周病統合治療方案治療期間，非牙周病相關處置，可另取卡號申報。
7. 91021C~91023C治療期間內，或自申報91021C起180天內且未完成執行91023C，不得申報支付標準第三章第三節牙周病學診療項目(除91001C、91013C、91019C、91088C外)。

牙周病統合治療方案審查原則 6

五. 核扣原則

1. 核扣類別

- 1) **資料不全者：**如所附病歷不足半年，所附X光片不清楚或不足齒數(沒有照到該照的牙齒)者，未填寫確認單及牙周囊袋紀錄表等。
- 2) **資格不符者：**
 - ① 如牙齒總數不足16齒或囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 不足6齒。
 - ② 未取得申報醫師資格。
 - ③ VPN未登錄。
- 3) **病歷記載不詳實者：**如病歷未記載主訴、診斷、處置者。
 - 91021C須記載：X光片照攝、牙周囊袋探測、口衛教導(OHI)。
 - 91022C須記載：術前牙菌斑進階去除指導及控制紀錄(P.I recording or disclosing agent application)、全口齒齦下刮除。
 - 91023C須記載：術後牙菌斑控制紀錄(P.I recording or disclosing agent application)、術後牙周囊袋探測。

牙周病統合治療方案審查原則 7

4) 病歷附件不全(如方案內相關檢查表格)。

- 91021C須檢附：病患接受治療確認書、術前牙周囊袋紀錄表。
- 91022C須檢附：病患接受治療確認書、術前牙周囊袋紀錄表、術前牙菌斑控制紀錄表。
- 91023C須檢附：病患接受治療確認書、術前牙周囊袋紀錄表、術前牙菌斑控制紀錄表、術後牙周囊袋紀錄表、術後牙菌斑控制紀錄表。

(附件表格內容除牙位、囊袋深度數字、患者簽名、執行醫師不可修改外，其他表格內容可接受行政補正申復。)

牙周病統合治療方案審查原則 8

2. 核扣方式

1) 91021C與91022C合併申報者：

- ① 資料不全者：未附X光片或缺病歷或相關附件表格：全刪可補件申復。
- ② 資格不符者：
 1. 牙齒總數不足16齒：91021C全刪，91022C依現存堪用齒數，按91015C~91016C備註之齒數改支。
 2. 牙齒總數足16齒但囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 不足6齒：91021C全刪，91022C依91006C~91008C備註之齒數改支。
 3. 未取得申報醫師資格：91021C全刪，91022C依91006C~91008C備註之齒數改支。
 4. VFN未登錄：91021C全刪，91022C依91006C~91008C備註之齒數改支。

牙周病統合治療方案審查原則 9

③ 病歷記載不詳實者：

- 91021C不詳實，刪91021C
 - 91022C依91006C~91008C備註之齒數改支
 - 91022C不詳實，刪91022C
- } 申復不同意給付

④ 病歷附件不全或錯誤者（方案內相關檢查表格）：全刪。附件表格內容除牙位、囊袋深度數字、患者簽名、執行醫師不可修改外，其他表格內容可接受行政補正申復。

牙周病統合治療方案審查原則 10

2) 91021C與91022C分開申報者：

- 抽審91021C時：同91021C和91022C合併申報時的核扣方式
- 抽審91022C時：
 - ① 同91021C和91022C合併申報時的核扣方式，但91021C已抽審通過者，除非91022C病歷未詳實記載而需全刪91022C費用，其餘儘量從寬。
 - ② 91021C上月抽審，資料未回者，檢附上個月抽審清單(得免附X光片)。

牙周病統合治療方案審查原則 11

- 抽審91023C時：

- ① 91022C未通過者，91023C全刪。
- ② 91021C、91022C上個月被抽審，資料未回者，檢附上個月抽審清單(得免附X光片)。
- ③ 91021C、91022C未被抽審：91023C依支付標準及牙醫門診審查注意事項規定審查。
- ④ 91021C、91022C已抽審通過者，除非91023C病歷未詳實記載(全刪)，其餘儘量從寬。
- ⑤ 病歷附件不全者或錯誤者（方案內相關檢查表格）：全刪。附件表格內容除牙位、囊袋深度數字、患者簽名、執行醫師不可修改外，其他表格內容可接受行政補正申復。

支付項目「牙周病支持性治療」91018C

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	醫學中心	支付點數
91018C	牙周病支持性治療 註：1.限經「牙周病統合治療方案」核備之醫師，執行院所內已完成第三階段91023C患者之牙醫醫療服務，且需與第二階段91022C間隔九十天。 2.申報費用時，需附一年內牙菌斑控制紀錄及囊袋深度紀錄以為審核(其中至少一顆牙齒有測量部位囊袋深度超過5mm以上)。 3.本項主要執行牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導，並視患者病情提供齒齦下刮除或牙根整平之治療。 4.每九十天限申報一次。 5.申報91006C~91008C半年內不得申報本項目。另申報此項九十天內不得再申報91003C~91004C、91005C、91006C~91008C、91015C~91016C、91017C、91089C、91090C、91091C、91103C、91104C。	V	V	V	1000

114年5月1日修改新增「91091C」

加強宣導

TwDA

健保資訊網服務系統(VPN)-查詢該月登錄情形

61

TwDA

健保資訊網服務系統(VPN)

62

TwDA

公告事項

63

TwDA

院所登錄明細批次下載作業

64

TwDA

院所登錄明細批次下載作業

醫事機構代碼	身分證字號	次生日	姓名	制證日期
3701	A1224	05/0	王	109/01/07
3701	A12253	05/0	胡	109/01/17

65

TwDA

Thank you for your attention

HAVE A NICE DAY!

66

牙周病統合治療方案專業篇

牙周病統合照護

賴弘明

台北醫學院牙醫學士

Indiana 大學 碩士及牙周病專科醫師

台大公衛學院預防醫學碩士

美國牙周病學會 專科醫師 (Diplomate)

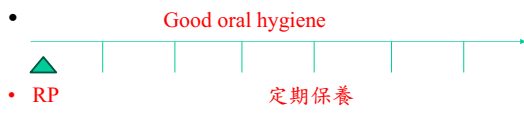
1

核心價值

- Patient-centered
- 專業雖不對等，尊重是對等的
- Minimally invasive therapy
- 對病人最實際的治療。

2

治療長期成功靠清乾淨

- 

Good oral hygiene

RP 定期保養
- 淺部靠病人，深部靠醫師，長期靠定保

3

沒加分的處置

殺菌藥物治療：

漱口水：chlorhexidine, phenols 等

抗生素：牙齦下打 minocycline

Laser: Er:YAG

4

清乾淨

- 徹底 root planing 最重要。
- 徹底 root planing 後，其他輔助性做法都無意義。

5

口服 vs. 牙齦下施打抗生素

- 有效：
 - 口服 amoxicillin + metronidazole
 - tetracycline
- 無效，只有統計意義，利益衝突
 - 牙齦下施打 minocycline
 - 因牙GCF不斷湧出、40次/hr

6

RP 與 Flap 的長期療效一樣

- 條件：
 1. 口腔衛生良好(5y 追蹤)
 - Lindhe et al, 1984
 2. 定期保養(5y 追蹤)
 - Isidor et al, 1986; Becker et al, 2001

7

長期(5y-30y)療效靠

- 口腔衛生好
- 定期保養(會復發的高危險群)
 - Axelsson et al, 1981; Becker et al, 1984; Lindhe et al, 1984A; Lindhe et al, 1984B; Isidor et al, 1986; Becker et al, 2001; Axelsson et al, 2004; Lai et al, 2022.

8

定期保養的病人 (他們曾有牙周病史)

Lang & Tonetti. 1996

- 即使已恢復健康，牙齦溝仍有大量牙周相關病菌
 - Socransky and Haffajee. 2005
 - Lu, et al. 2020
 - Curtis, et al. 2020

9

遺憾！

- 台灣尚未建立口腔衛生制度
- 牙醫人力只有牙醫師，沒有輔助人員
- 人力結構失衡，品質堪慮

10

Curettes vs. (Ultra)sonic scalers

- 一樣好
- 在 RP ◦ (Badersten et al. 1984)
- 在 Flap op ◦ (Perussolo et al. 2023)

11

影響 root planing 之因素

- 1. 經驗
- 2. Furcation
- 3. 深囊袋

12

根面整平之5年效果 (Nibali et al, JCP 2018)

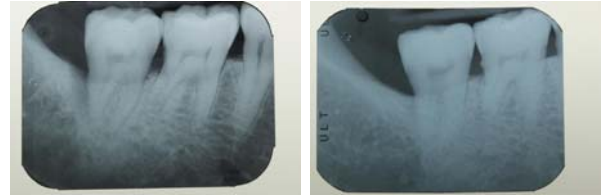
Variables	5年改善		
	Baseline	1-Y	5-Y
Probing depth (mm)	7.0	4.0	3.4
G. recession (mm)	0.6	0.6	0.7
CAL (mm)	7.6	4.6	4.1
Bone Crest (mm)	1.9	2.4	2.1
Defect Depth (mm)	5.8	3.5	3.2
Defect angle	32.2°	44.1°	44.2°

13

RP 後 bone formation

初診

RP五年後

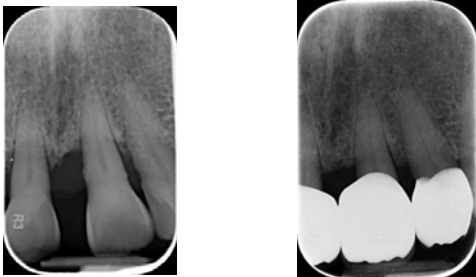


14

RP 後 bone formation

初診

RP 一年後



15

RP 的療效

初診

RP 一年半後



16

RP 的療效

初診

RP 一年半後



17

注意！

- 只show 病例，僅為有此經驗
- 未交代分母，不知成功率
- 且樣本數要大

18

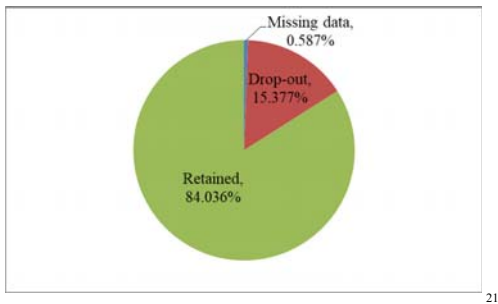
Effectiveness of a 30-year periodontist's primary care for 1946 patients during five-year follow-up

Hongmin Lai^{1,2} | Amy Ming-Fang Yen³ | Sam Li-Sheng Chen³ | Tony Hsiu-Hsi Chen⁴

Lai H, Yen AM-F, Chen SL-S, Chen TH-H. Effectiveness of a 30-year periodontist's primary care for 1946 patients during five-year follow-up. *Oral Dis.* 2022;28:1250-1260. <https://doi.org/10.1111/odi.13822>

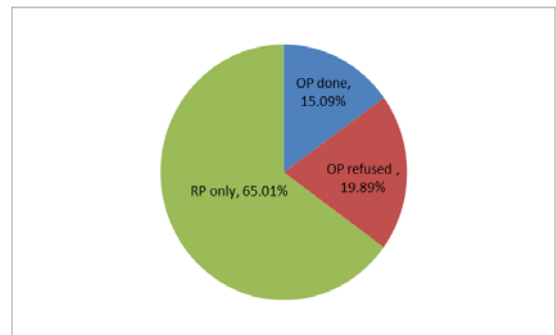
20

共2894人，2432人有複檢
 賴弘明 et al. *Oral Diseases* 2022;28:1250-1260.

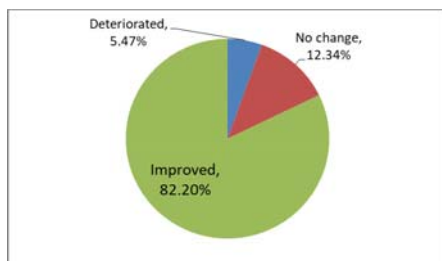


21

65% RP, 20% refused OP, 15% OP
 賴弘明 et al. *Oral Diseases* doi:10.1111/odi.13822



5.5%惡化，12.3%持平，82.2%改善
 賴弘明 et al. *Oral Diseases* doi:10.1111/odi.13822



30年牙周執業之療效

追蹤期	人數	改善 (%)	持平 (%)	惡化 (%)
0-5 年	1,946	81.9	13.4	4.8
>5 年	486	83.5	8.2	8.2
0-30 年	2,432	82.2	12.3	5.5

牙周療效之分析

改善：82.2%

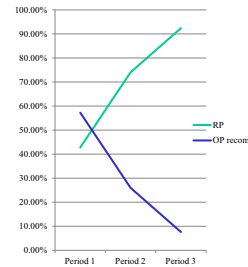
RP：68.6%

RP + OP: 13.6%

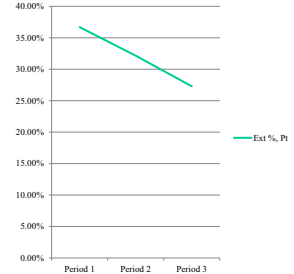
維持與惡化：17.8%

不同時期對治療方式之影響

RP only，建議手術



拔牙人數



2010年嚴重牙周病是全球罹患率第6高之疾病

地區	年分	罹患率 CPI = 4	人口數	發表
全球	2010	10.8%	7.4億 ≥15歲	Kassebaum 2014
台灣	2008	15.8%	316萬 ≥18歲	賴弘明 2015

27

牙周病統合照護

- 檢查，診斷，與治療計畫
- 根面整平與效果評估
- 牙菌斑控制

28

牙周病的檢查、診斷、預後評估、與治療計畫

牙周病人的整體印象：慎選病人

1. 病人的整體外觀與精神
2. 病人的主訴與病史

29

30

牙周檢查的項目與要點：

項 目	特 點
牙周探測檢查	軟組織情況
X光檢查	硬組織形態
照片(必要時)	真實影像與色彩
研究模型(必要時)	立體形態

31

牙周病系統檢查及其各項參數：

1. 探測深度
2. 探測出血
3. 牙齦位置(統合治療不計)
4. 牙齒動搖度
5. 根岔侵犯

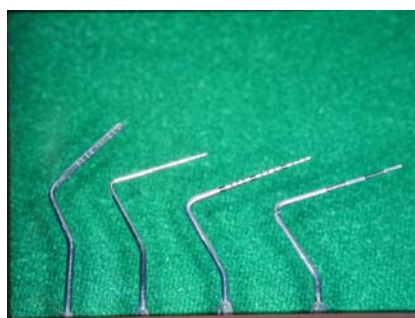
32

一・牙周探測深度：侵入性

牙周探測時會引起菌血症。

33

牙周探測計：黑色區塊刻度為佳

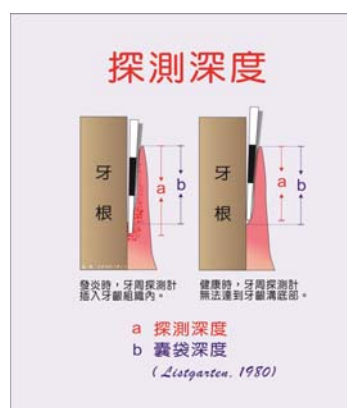


34

觀念：

探測結果應稱為「探測深度」，而非「囊袋深度」；前者為臨床位階，後者為組織學位階。

35



36

探測力道：

- 一般以不超過 20 gm 為原則



37

Finger rest：



38

可用手指或口鏡撐開臉頰：



39

探測的位置：

六個點：近遠心側時，靠著contact area。

近心頰側

近心舌側

中心頰側

中心舌側

遠心頰側

遠心舌側

40

Walking：

必要時可作更仔細的探測，以約 1 mm 的間隔作密集探測。鑑別牙周 pocket 或牙髓 sinus tract 常用。

41

探測的角度：

- 探測計的角度應與牙齒的縱軸一致。



42

判讀：二擇一，但從一而終

1. 判讀時只取整數，小數點後四捨五入，但最少計“1”，不計零。
2. 另一種讀法亦取整數，但小數點後則向上進位。

43

判讀之差異：

不同檢查者間如有 1 mm 之差別在臨床上是可以接受的。

44

二・探測出血 (Bleeding on probing, BOP)

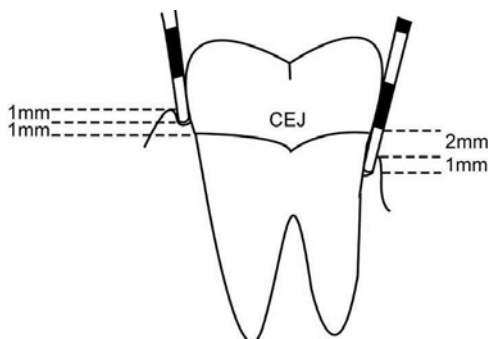


45

三・牙齦位置



46



47

四・牙齒鬆動度 (Mobility)

S. C. Miller:

Mobility 0：正常，看不到搖動

Mobility 1：已有可見搖動

Mobility 2：< 1 mm

Mobility 3：≥ 1 mm 或可下壓 (depressible)



48

- 修改:
- 將“向下壓”分離成為單獨一項，且可與1、2、3項組合。
- 例如有一牙齒頰舌側之動搖度為“2”，但也有“可向下壓”，便可記錄為“2D”。

49

五·根岔侵犯 (Furcation involmenent, FI)

- 工具：用彎曲且有黑白刻度之 Nabers probe。
- 參考點：根岔旁邊牙根之最凸點。
- 檢測法：將Nabers probe 從牙根最凸點，貼著牙根面以接近水平角度進入根岔處，直至自然阻力為止，然後記錄其滑入之距離。
- (Pontoriero et al. 1988)



50

此分類之優點為：

- 使用有弧度之探測計便於深入牙根分岔處，尤其在上顎大白齒之近、遠心面，不易被鄰牙阻礙。
- 參考點明確。



51

注意：

- 每次探測之角度多少會產生偏差。
- 如此測得之深度也可稱為“水平”探測深度，以別於傳統牙周檢查之垂直探測。
- 不管用任何方法探測，上顎大白齒之近遠心分岔處較接近頰側，且頰側之 embrasure 較寬廣，所以檢查近遠心之牙根分岔通常由頰側進行。

52

牙周病系統檢查 (Periodontal charting)

Name :		G: F ID :										
		D	B	M	D	B	M			D	B	M
Furcation												
Mobility												
BOP												
Recess												
Probing												
Loath												
Loath												
Probing												
Recess												
BOP												
Mobility												
Furcation												

53

Periodontal charting (#18-14)

Name :		G: F ID :										
		D	B	M	D	B	M			D	B	M
Furcation												
Mobility												
BOP	B											
BOP	P											
Recess	B											
Recess	P											
Probing												
Probing	B											
Probing	P											
Tooth												

54

X光檢查：

優點為可看到：

- 牙冠與牙根的外型與長度。
- 齒槽骨的高度。
- Lamina dura 與 periodontal ligament, (PDL) space。
- 牙根尖周圍。
- 齒槽骨的骨小樑與密度。

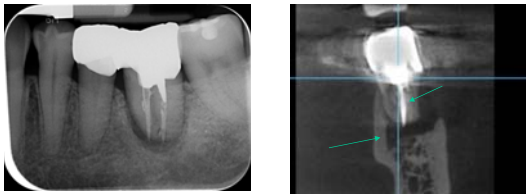
55

侷限：

- 牙周囊袋是軟組織，無法從X光片上辨認出牙周囊袋
- 把三度空間的實體投影到二度空間的平面上
- 只能看到鄰接面間之構造
- X光的穿透受硬組織的厚度與密度影響

56

X光被高密度骨頭與牙齒擋住



57

技術要點：

儘可能用 **long cone 平行法** 攝影



58

X光片之判讀：

- 正常齒槽骨 (Alveolar bone crest, ABC) 的位置：從 CEJ 向牙根尖方向 2 mm
- ABC 之走向：與相鄰兩顆牙齒的 CEJs 連線平行



59

角化骨缺損：



60

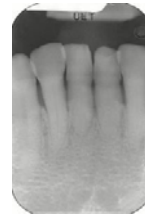
前牙相鄰之間隙較窄(右圖)與相鄰 CEJs 連線平行的現象便無法確認。(右圖)



61

牙齒形態：

- crown-to-root ratio (右圖)



- 兩顆牙齒之間距太近(左圖)

62

根岔侵犯：

- 頰側牙根分岔處在 X 光片上可清晰觀察到。



63

X 光片在牙周檢查的地位：

X光片是評估預後重要的資料。

牙周探測資料與 X光片是牙周分析的最基本資料，且二者必須一起研判。常見的錯誤是只憑X光片便推斷牙周的狀況。

64

牙周病之診斷：

- 沒有發炎的症狀，亦無牙周附連喪失，則牙周可視為健康。
- 依牙周附連喪失 (CAL) 之有無，可分為牙齦炎與牙周炎；依喪失之程度決定其嚴重性。

65

牙齦有發炎症狀，則再依牙周破壞程度，可分為：

- CAL : 0 牙齦炎**
- CAL : 1-2 mm 早期牙周炎**
- CAL : 3-4 mm 中等牙周炎**
- CAL : ≥ 5 mm 嚴重牙周炎**

局部性破壞：全口 30 % (含) 以下之位置受影響。

普遍性破壞：全口 30 % 以上位置受影響。

66

牙周病經治療後：

常見牙齦退縮、牙周探測變淺、炎症消失，但依然有牙周附連喪失。可用“已停止”(arrested)，或：

“有流失但健康之牙周組織”(reduced but healthy periodontium) 來描述。

67

將上述各種情況組合，我們可舉例描述牙周病如下：

1. 全口中等慢性牙周病，其中 26 為嚴重牙周病。
2. 全口早期慢性牙周病，其中 37 為中等牙周病，11 為嚴重牙周病。
3. 全口早期到中等慢性牙周病，其中 16、47 為嚴重牙周病。
4. 全口已停止之中等牙周病。

68

牙周病的預後：

- 由牙周破壞的程度決定它的診斷；
- 由可保留下來的部份決定它的預後。

69

依臨床觀察之順序，決定預後的因素如下：

- 一·病齡
- 二·刺激物的多少
- 三·牙周附連喪失
- 四·根岔侵犯
- 五·牙齒鬆動度
- 六·牙齒位置
- 七·crown-to-root ratio
- 八·X光片上牙齒與齒槽骨的型態
- 九·其它

70

牙根分岔處如有很厚的牙結石，往往已侵入分岔處之內面（箭頭處）：



71

治療計劃擬定之基本考量：

1. 個別牙齒之預後
2. 整體齒列之預後
3. 病人對治療的期待
4. 病人的口腔衛生
5. 醫師對治療的理念
6. 避免誤會及醫療糾紛

72

牙周檢查之總結

73

問診

- 問診決定思考與檢查之方向

74

牙周病分析之基本觀念：

牙周情況 =
 $PD + BOP + CAL + MO + FI +$
 $X\text{-rays} + \text{其他}$

75

診斷：

主要依據破壞程度。其中 **CAL (附連喪失)** 代表垂直方向的破壞，最能代表牙周病嚴重度，因此我們以它作為診斷之依據。其他的因素則可影響預後。

76

預後：

主要依據視存留之支撐尚有多少而定。

77

治療計劃(需求)：

PD 反應治療的需求，所以它最常被提到。牙周疾病的嚴重度未必和治療需求成正比，例如病程已嚴重到預後已很差，只好拔除。因此在作治療計劃時，應了解**改善空間**在那裏？改善空間如已很小，治療需求隨之下降。

78

目標：“讓牙齒留得更久，用得更好”

- 短期評估常以牙周參數為主
- 長期(十年以上)評估常以牙齒之“壽命”為主

79

治療程序：

- 1 • 基本治療：最重要
- 2 • 定期維護 (maintenance)：長期主軸
- 3 • 手術：必要時進行

80

新趨勢

- 牙周病與全身性系統疾病之關聯密切
- 健康的牙周，減少系統疾病之風險
- 牙周並應被視為一種 systemic disease

81

新領域

- Oral medicine ← Systemic diseases
- Periodontal medicine → Systemic diseases
through: infection
inflammation
(Offenbacher & Beck, 2014)

82

根面整平與再評估

根面整平 (Root planing, RP)：

把牙根表面刮乾淨，包括其上之牙菌斑、牙結石、及其下一層被污染的牙骨質或牙本質，而且 RP 是一種可終結牙周病的治療方式 (Definitive treatment)。



83

84

Scaling :

把牙冠與牙根表面之牙菌斑、牙結石、與色斑清除，不涉及牙根的齒質。

85

RP :

在牙周病學裏雖被歸類於非手術性治療以別於其它手術，但它卻為一侵入性的外科治療，會引起出血及菌血症 (bacteremia)，所以口腔外科須注意的事項，作 RP 時也都要遵守。

86

RP 之目的 :

刮除牙根表面之牙菌斑，牙結石，及已被污染的牙骨質或牙本質，以改善發炎現象，使牙周組織能緊貼牙根表面並恢復健康。

87

方法及器械

- 手動
- (超) 音波器械。

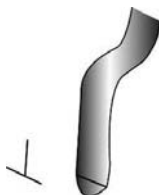
88

手動 :

- 通用型 (universal type) :



- 特定區域型 (area-specific type) :



89

IU 與 Gracey 刮刀臨床特點之比較

	IU	Gracey
形態	通用型	特定區域型
號數	#13,14,17,18	#1-14
大小	粗壯	纖細
刀刃	雙邊均可用	只用單邊
成本	較低	較高
特點	1.耐用 2.不利於深窄的囊袋 3.型號少，手部變化較多。	1.折損率較高 2.利於深窄的囊袋 3.型號多，手部變化較少。

靜態操作原則

- 保護措施
- 患者的頭部靠近醫師



91

器械握法 (Grasp) :

- 以 modified pen grasp 最理想



92

手指支撐 :

- 手指之支撐點與 RP 之工作區愈近愈好



93

- 後牙區時因空間狹小，手指支撐點只能置於口外的臉頰上。



94

動態操作原則 :

- 醫師改變操作位置及 finger rest。



95

動態操作原則 -2 :

- 可用紗布塊墊在牙齒的咬合面。



96

- 使用 Gracey curettes 時，其 lower shank 與牙齒之縱軸需平行，但使用 universal curettes 時則無此必要。



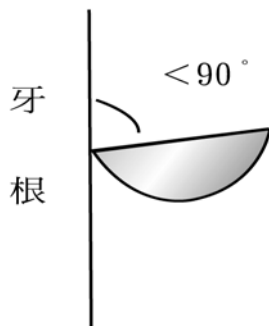
97

- 只有刮刀之前1/3部位為工作區。
- 錯誤示範：刮刀刀部脫離牙面，將使器械尖端易插入牙齒周圍組織而造成外傷、或被齒槽骨卡住而無法操作(圖右)。



98

- 刮刀與牙齒表面所呈之夾角應小於 90 度
- Pull strokes
- 刮刀不要向下推(即朝向牙齦深部)



99

- 使用牛角型探針或牙周探測計，檢測牙根表面是否平整。



100

- RP 時應刮到牙根表面呈**堅硬平滑**為止。



101

COVID-19

- 個人防護
- 減少 aerosols：(超)音波器械，高速磨牙機，air-polisher，three-way 噴頭
- 減少病人流量與密度
- 通風
- 空間消毒：紫外線，臭氧等

102

工作環境之注意事項

- 使用音波或超音波器械時，其所產生之空氣懸浮 (aerosols) 含有病患口中之細菌及血液成份，造成工作人員感染的危險。
- 術前10分鐘用0.2% chlorhexidine 10 c.c. 漱口1分鐘，可減少細菌量。

(Gupta et al, 2014)

103

0.12% chlorhexidine helps COVID-19 PCR (-) in 4 days.

(Huang & Huang. *J Med Virol* 2021)

	Test	Control
Rinse only	62.1% (n = 66)	5.5% (n = 55)
Rinse + oropharyngeal spray	86.0% (n = 93)	6.2% (n = 80)

104

COVID-19 與牙周病之關係

Marouf N, et al. *JCP* 2021

- COVID-19 病人，有牙周病者比牙周健康者之危險對比值 (Odds Ratio):

	All complications	ICU admission	Ventilator use	Death
Adjusted OR	3.67	3.54	4.57	8.81

Periodontitis defined by bone loss:

Pano: $\geq 15\%$ of root length or

Bitewing: ≥ 2 mm from CEJ

105

根面整平後 臨床治療效果之探討

106

1. 口腔衛生：

在有牙齦炎的情況下，牙菌斑形成會較快。治療後牙齦恢復健康，口腔衛生會較易維護。

107

2. 牙齦發炎改善：

當淺部牙菌斑被清除乾淨後，炎症約一週左右即消失。深部RP 再加上良好的口腔衛生，會降低牙齦發炎的程
度與復發率，而延長牙周治療之療
效。

108

3. 牙齦退縮：

RP 後，牙齦因消炎消腫，所以會有退縮的現象。

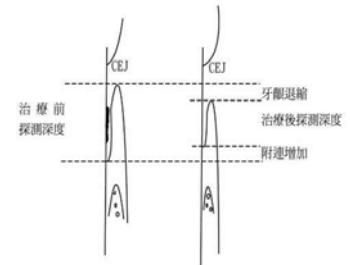


109

5. 探測深度變淺：

兩個因素共同造成：

1. 牙齦退縮
2. 牙周附連增加



110

4. 牙周附連增加 (gain) 或喪失 (loss)：

在RP後約三星期，可見牙周附連的改變。

111

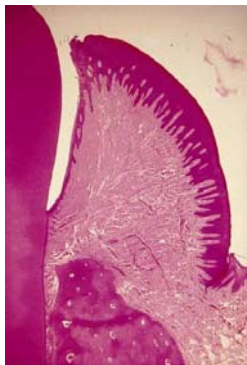
Cobb 對 RP 臨床效果之整合分析 (1996)

統計篇數	Initial PD	探測深度減少	牙周附連增加
10	0-3 mm	0.03 mm	-0.34 mm
27	4-6 mm	1.29	0.55
18	≥ 7 mm	2.16	1.19

112

組織學上的反應：

“Long junctional epithelial adhesion”



3

細菌學上的反應：

- 如果口腔衛生不佳，21-60 天逐漸恢復病態族群。

114

牙結石的殘留與牙骨質之刮除：

由各方面的證據，理論上RP無法將上皮細胞，細菌，內毒素，牙結石，及牙骨質等完全刮除。但在臨床實務上，經過徹底的RP可得到相當理想的療效。

115

再評估 (Reevaluation)：

時機：

深部之牙周附連增加約需三星期才能形成，因此臨床上一般約在RP後四星期作再評估。

116

再評估的內容：

1. 病患對預約之配合度
2. 病患之口腔衛生
3. 病患對牙周治療之認知
4. 評估牙周改善之程度(Charting)

117

再評估不是結束治療，而是決定下一階段之治療：

1. 安排定期維護。
2. 定期維護時，如果仍有囊袋，且手術有改善空間：安排手術。
3. 手術效益不彰者：定期維護，再觀察。

118

基本治療的效果與手術之關連性：

1. 解決牙周病。
2. 降低手術的需要，縮小手術範圍，或減少次數。
3. 如仍需手術，使過程順暢，效果也較佳。因炎症已改善，故術中出血較少。

119

使用手器械與(超)音波器械之比較：

- 超音波器械會在牙根留下粗糙的表面。所以使用超音波器械後應再用手器械將根面整平，甚至將牙面磨光 (Polishing)。
- 一般而言，手動刮刀很費力，且較需要技巧，而超音波器械則較省力。但超音波器械不易達到深部，且會使牙根表面較粗糙，色斑與牙結石較易再度生成。
- 在囊袋深部或不易達到的位置，如後牙鄰接面，使用手動刮刀較易發揮。

120

磨利前與後

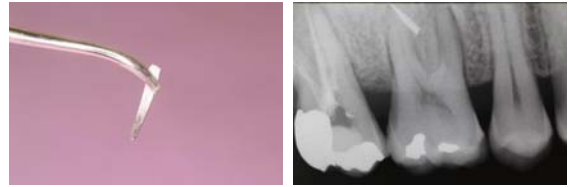
鈍刃有反光

磨利後不見反光



121

Curette 有磁性



122

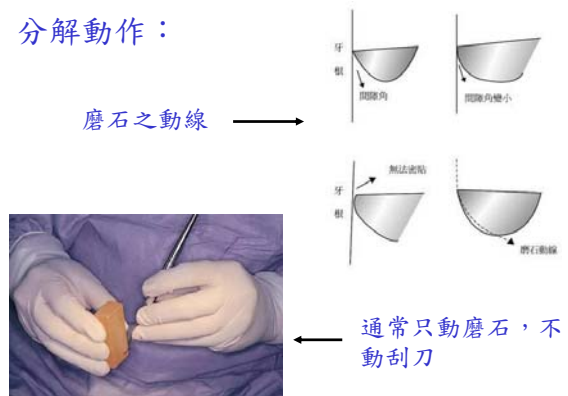
磨利刮刀之方式：

- Chair-side 作。
- 也可在供應室作。
- 磨石油 (Sharpening oil)：非必要。因磨石油不易滅菌，顧及感染控制與避免器械滑溜，故現場不用磨石油。

123

分解動作：

磨石之動線



124

RP 難易度之探討：

被認為是牙周治療中**技術難度**最高的，因為它必須深入牙周囊袋，只能憑手感，又必須使力與控制。

125

醫師方面：

- 須經驗
- 易被感染：由於血水與唾液混合，使器械滑溜，術者易被刮刀戳傷。
- 其他職業傷害



126

病人方面：

- 病人因素：難清的位置、敏感的咽喉反射、口張不開、焦慮..等
- 口內工作環境：出血使唾液變稠，無法用一般吸水管 (Saliva ejector)，需要使用強力抽引 (Suction) 才能保持工作區域之視線與手之穩定。

127

RP 時常見的錯誤：

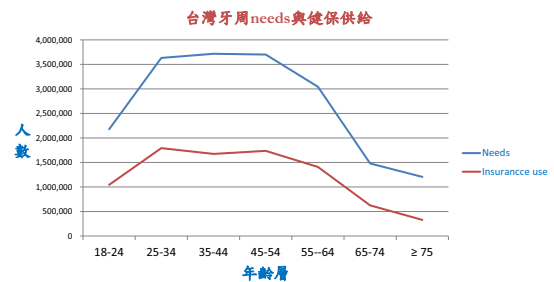
- **觀念上的錯誤**：沒有盡力執行，造成許多不必要的手術。
- **技術上的錯誤**：
 1. 刮刀不夠銳利
 2. 只刮牙結石
 3. 術後沒有檢測
 4. 太早進行“再評估”
 5. 病人口腔衛生情形不理想

128

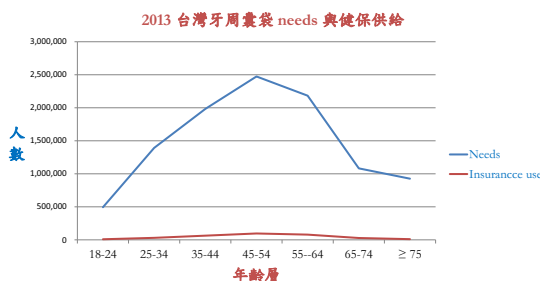
輔助藥品

- Antibiotics: tetracyclines, metronidazole,
- Disinfectants: chlorhexidine,
- Anti-inflammatory drugs: NSAIDS,
- Statins: 降高膽固醇藥
- 實質效果待進一步之檢驗

2013 牙周病治療健保供給率： 45.41%



2013 牙周病囊袋治療健保供給率： 3.01%



注意事項一

- 名辭錯用
 1. 應為牙周探測計，而非牙周探針
有刻度，且末端約 0.4 mm
 2. 應為牙齦退縮，而非牙齦萎縮
治療後，顯微鏡下細胞是健康的
 3. 應為 root planing，而非 Q curettage 為針對軟組織
 4. 應為正式牙冠，而非永久牙冠
避免無限期責任

132

注意事項二

- 器械選用
- 1. **Curettes**：常做牙周治療者，選單頭，舊品配對容易，好握。不常者，選雙頭，省錢。
- 2. **磨石**：台製鐵工用磨石，便利好用，可滅菌。
- 3. **Cow-horn explorer**：做好 RP 必備，對粗糙面敏感度。

133

健保統合治療：

- 健保只針對治療需求，所以只依據探測深度，不測附聯喪失。因此，統合治療只能診斷牙周囊袋。
- **定期保養**為牙周病治療之長期主軸，但最容易被忽略。
- 不包含手術。

134

定期保養

- 讓疾病不再復發，維持長期之健康。即危險因子之排除，靠病人之**口腔衛生與定期保養**。
- 這兩者皆需醫師之堅持與病人之配合。

135

牙菌斑控制 (Plaque control) 之實施 醫師篇

清除危險因子

136

潔牙衛教是專業

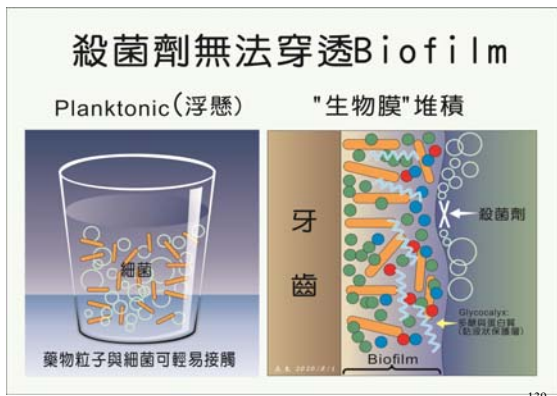


137

牙菌斑為一種Biofilm



138



牙菌斑控制之難度：

為治療**整體**最難的一部分，因為牽涉到病人的行為改變，及很多牙醫學以外的變數。必須克服的有：

1. 認知之差距
2. 需要學習
3. 需要毅力
4. 惰性

141

牙菌斑之辨認與記錄：

牙菌斑

可刮下，
但肉眼不
易見。



142

染色：

- 將染色劑塗於牙齒與牙齦交界處



143

- 漱完口後，可在牙齒近牙齦處及鄰接面上發現染色特別深的物質，此即牙菌斑。



144

影響口腔衛生習慣養成之因素：

- 配合意願：體弱多病、個性猶豫、自視高、生活失去目標者，配合度都不理想。
- 年齡：年齡越大者通常對新習慣的養成越困難，但也有老人家可以作得很好。
- 毅力：改變習慣

151

口腔衛教人員常見之錯誤：

1. 未用探針檢測牙菌斑
2. 光說不練
3. 依賴模型
4. 沒有對著鏡子練習
5. 沒有追蹤檢查

152

口腔衛生訓練 (oral hygiene instructions, OHI) 與常見的錯誤

病人篇

153

-鄰接面之清潔-

牙線之要領

154

- 牙線穿引器 (Floss threaders)：用它先將牙線從側面帶入，然後再以雙手操作牙線。



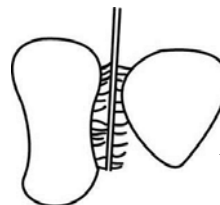
牙線穿引器

牙線

155

其他牙間清潔用品：

- 牙間刷 (Interdental brushes)：



鄰接面處有凹陷的地方

156

牙間刷之缺點

涵蓋面太小

清不乾淨



牙間刷之使用

刷頭太細

須用角錐型刷頭



長柄、錐形刷、也要從舌側



牙間刷之使用

- 只用於牙縫變大時，所以不適用於預防
- 能進入牙縫之最大號
- 每個牙縫大小不一，所以建議用角錐形者
- 也須從舌側往頰側清，因此須用長柄可換刷頭之牙間刷。舌側用對側手，頰側用同側手

-頰、舌面之清潔-

牙刷的選擇：

以刷頭小的軟毛牙刷為佳，通常可選用幼兒牙刷。

其他刷牙工具：

- 各式牙刷：刷牙最重要的是正確的技巧，牙刷的設計並非重點。
- 電動牙刷 (Powered toothbrushes)：動作不靈活者、沒耐心者，需要新鮮感者，及醫療照顧者。
- 沖牙器 (Oral irrigators)：60 psi，水柱與牙面垂直，距離 3 mm 之內。通常每一牙面須沖洗 8 秒。

潔牙衛教之臨床運用

- 1. 病人就診前先自行潔牙。門診第一件事：測病人牙菌斑。排因除時間而累積牙菌斑之問題，以確認技術問題。牙菌斑尚未被器械干擾。心理建設。
- 2. OHI 排在每次治療最後，印象最深。
- 3. 提昇診所之競爭力。
- 4. 調節 patients flow。病人久候時或極短約診時，以OHI調節。

163

- 單束毛牙刷 (End-tuft toothbrushes) : 適用於刷牙根分岔凹陷處。



—漱口水 (Mouth rinses)—

美國牙醫學會 (ADA) 只認可兩種漱口藥水對口腔衛生與牙齦發炎有效：

Listerine

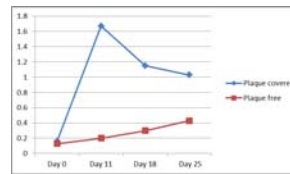
Chlorhexidine：我國衛生署規定含chlorhexidine 0.1% 或更高之濃度者為藥品，受藥事法之規範，所以大部份坊間產品之濃度不足 0.1%，請注意！

漱口水應在醫師指示之下短期使用，一天兩次，每次 10 c.c.，含漱一分鐘，期間不宜超過兩週。如為 0.12%，則為 15 c.c.。

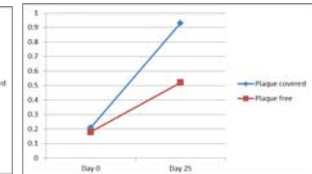
165

The effects of 0.12% chlorhexidine (Modified from Zanatta et al. *J Periodontol* 2007;78:2127-2134.)

Quigley-Hein Plaque Index
modified by Turesky



Gingival Index



規律潔牙才是重點

- 在規律的使用牙線與刷牙下，chlorhexidine抑制牙菌斑之好處，不復存在。

• Haydari et al. 2017

Stain after mouthrinsing

Chlorhexidine



Listerine



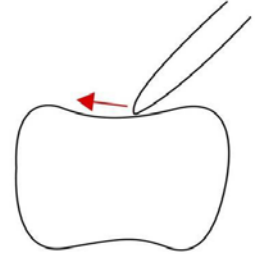
168

—醫囑—

1. 當天返家即應開始練習，勿擔心牙齦出血。
2. 刷牙衛教時請病人暫時勿使用牙膏。
3. 建議一天作兩次潔牙。

169

- 牙籤 (Toothpicks) : 在大白齒的頰側牙根分岔凹陷處，可使用牙籤沿凹面將牙菌斑推掉。



170

謝謝

中華民國牙醫師公會全國聯合會

本教材由賴弘明醫師提供

171

牙周統合治療摘要

賴弘明 20120808

- 一、病人的篩選。牙周治療需醫病互動，不要把精緻醫療放在無法配合之病人，導致雙方失望。初診之商談很重要，它讓我們大致瞭解病人之期待，可否配合約診、潔牙，瞭解牙周治療之原則與結果。成功的治療須有好醫生與好病人。
- 二、牙周基本治療主要的工具為牙周探測計(probe)、Nabers probe、#2 探針、牙周刮刀(curettes)、磨石。
- 三、牙周探測計用於垂直探測，Nabers probe 用於牙根分岔處之水平探測。這兩種探測計應選用黑白相間的，以利視線。#2 探針又稱牛角形探針，用於檢測牙菌斑與根面之平滑，為基本治療中之關鍵器械。牙菌斑之確認是看#2 探針之針尖是否可刮下一小坨鬆軟之東西，尤其在鄰接面，須伸入 contact area 下，檢查牙線之清潔區域，這是肉眼看不到的地方，卻是口腔衛生之決勝點。牙周刮刀可分特定區域型(以 Gracey curettes 為代表)與通用型(如 Indiana curettes)，各有優劣，最好兩種都用。Gracey curettes 對初學者較順手，通用型對熟手較有效率。雙頭之刮刀器械數目只有單頭之一半，但單價高，適合牙周病治療較少之診所。單頭之器械雖器械較多支，但單價低，一支壞了，只須淘汰一支，但如為雙頭須整支淘汰。牙周刮刀變鈍後，效率變差，又費力，因此須常磨利。最好的方式為用一塊滅菌過之小磨石，鈍了就磨，省錢又好用。
- 四、根面整平與 scaling 都是把牙齒清乾淨，但前者只清牙根且牙根表面被污染之表層也被刮乾淨。Scaling 只是把牙齒表面清乾淨，不牽涉牙齒結構。二者定義雖很清楚，但使用器械、技巧都一樣且臨床上分不清楚，因此常被放在一起，稱 scaling and root planing。本演講以 root planing (RP) 為代表。RP 時用 modified pen grasp 握器械，刮刀面與根面之夾角 $<90^\circ$ 。只能由深部往淺部或水平方向刮，不能往深部推。RP 後，須用#2 探針檢驗牙根面。如不平滑，再刮。

RP 時不見得需要打麻醉，塗上局部麻醉藥膏很有幫忙。

潔牙衛教是牙周治療中最難，也是最被忽略的地方。最難，因它包含病人之行為改變，與衛教人員之教學技巧。最被忽略，因醫師沒時間也沒耐心。這領域急需要口腔衛生師(hygienists)之投入。考慮教學效果，潔牙衛教需多次進行，每次不超過 20 分鐘。雙手操作牙線最重要也最需練習，因此第一次先教牙線，第二次再加入刷牙，第三、第四次反複練習牙線。門診第一件事就是檢查牙菌斑，一則對病人宣誓它的重要而且無可遁形，二則此時牙菌斑不會被治療所改變。須請病人

在家先潔牙或提早到診所做，這樣所測得的結果完全反應病人之技巧，避開牙菌斑隨時間成長之因素。檢查牙菌斑後再 RP，最後再衛教。這樣不但容易控制時間，而且病人離開前做，記憶最清楚。衛教時應包括當天治療之區域，讓病人習慣剛開始會出血，回家才不會因害怕而不敢作，功虧一簣。醫囑病人當天一定要練習。

牙周治療之精髓為“清乾淨”，深部由醫師負責，淺部由病人每天在家清乾淨。

五、治療後之評估。基本治療提供我們回顧過去，前瞻未來之機會。

RP 後通常一個月後再複檢，如果太早，深部還沒充分癒合，可能不準，甚至被誤導為需要手術。有複檢才知道療效，複檢項目與初診一樣。其中最重要的為探測深度，它反應出治療需求，也較容易解釋療效。另外，也須評估病人之配合度，以為後續治療之重要參考。好病人，我們跟他聯絡；不然，請他跟我們聯絡，並於病歷載明。通常每三到六個月做定期保養一次，為長期牙周健康所不可或缺，也是牙周病治療的長期主軸。不幸的是，它也最容易被忽略，很多人照顧車子或皮膚比照顧牙齒還用心。

六、基本治療與手術之關聯。最新的觀念是基本治療後，先做定期保養，再接再厲，讓簡單有效的方法盡量發揮，減少手術之機會與範圍。即使未來仍要手術，也可使它更簡單、出血少、效果好。以往基本治療後，如囊袋仍大於 4 mm，便建議手術，常有過度治療之傾向。基本治療後，最好的結果是探測深度都不超過 3 mm；如果深度雖有改善，但仍有 4 mm 之囊袋，這些是安排定期保養，讓它有機會繼續改善。經多次定期保養，再評估手術亦不遲。如果基本治療後，沒有明顯之效果，後續之手術也可能效果不佳。

牙周病治療常犯的一些錯誤

賴弘明醫師

A · 診斷

太依賴 X 光片：

很多人只憑 X 光片就認定牙周問題的有無。對某些情況或許可以，但對大多數案例卻不能如此輕率。牙周病包括軟組織及硬組織的變化，此二者未必相關。譬如嚴重的牙周病，經治療後常可在 X 光片上看到齒槽骨很低，可是臨床上牙齦卻是健康的。另一例便是牙齒承受了過大的咬合力量後，齒槽骨可能降低，但牙齦及卻還是健康的。X 光片上只能看到齒槽骨變化，且須相當程度之脫鈣才可看出，至於有無囊袋完全無法得知。骨頭的質與量也可改變 X 光上的影像。譬如 interdentalseptum 可能已有相當程度的破壞，但是 buccalplate 或 lingualplate 可能未被波及，往往 X 光片上看不出任何變化。在下顎第二或第三大白齒，常因下顎骨的 externalobliqueridge 而掩蓋了齒槽骨的改變。相反的，齒槽骨較薄時，X 光片上可能顯示不規則，因而誤判，此現象在齒槽骨脊常見。此外在 X 光片上也只能觀察到尺鄰接面之變化。

綜上所論，x 光片有下列限制：

- a. 無法顯現軟組織，因此也就無法看出有無囊袋
- b. 骨頭的質與量，可大大地影響 X 光片上的影像。
- c. 無法決定牙周病變是在頰側或舌側。

所以在牙周學上，X 光片雖極有參考價值，而不能單憑它去作診斷。為了彌補此不足，我們一定要牙周探測且記錄深度和有無流血。

B · 治療

1. 忽略 Rootplaning(RP)而過分強調手術：

很多人一提到牙周治療，便與手術聯想在一起。事實上 RP 可解決 80% 以上的牙周病。但 RP 要作得好，需要一再練習，它是難度相當高的技巧。RP 最好的器械還是 curettes(刮刀)。刮過後，還得用 #2 explorer(cow-horn)去探牙根表面是否平順，如果不是，再刮，如此周而復始，直到牙根表面堅硬平順為止。選用的刮刀中 Gracey Curettes 雖然用得最多，但筆者更推薦 IUcurettes，因其簡單、耐用、成本低、效果好。

2. 刮刀不利：

刮刀在使用中要隨時保持鋒利。只有鋒利的器械才能有效的把牙結石及壞死的 cementum 刮掉，且醫師的手較不易疲乏。鈍的刮刀無法"刮"牙根，而只能"burnish"牙根，甚至可把牙結石 burnish 至探針都可從上滑過，而無法察覺到牙結石的存在。之後，甚至連鋒利的刮刀亦無法再有效地把它刮除。刮刀的磨利，應該是邊刮邊磨。只要刮刀不利，便馬上磨。不需要 sharpening oil，直接在乾的磨石上磨即可。

c · 定期保養(Maintenance)

牙周組織是暴露在一個充滿細菌，又不易清潔的口腔環境中，因此一不小心牙周病就會復發。一般都建議每三到六個月一次，每次定期保養包括：牙菌斑控制，牙周檢查及 RP。在牙周病領域裡有一句話"一旦成為牙周病人，便一輩子是牙周病人"。

牙周病治療說明書

1. 認識牙周病：

牙周病顧名思義就是牙齒周圍的疾病，也就是牙齒的地基流失了。它的主因是牙菌斑，就是細菌黏在牙齒表面靠近牙齦的地方繁殖，經年累月，它沿著牙齒與牙齦之間的縫隙侵入，便造成牙周病。牙周病通常沒有自覺症狀，它又在牙齦後面，看不見，因此常被忽略。有些牙菌斑會鈣化成牙結石，成為牙周病的替代指標。雖然可能出現牙齦紅腫、化膿、疼痛、牙齒鬆動，但仍無法以自覺症狀判斷牙周病的情況。如不治療，牙齒可能提早被拔除。牙周治療主要靠外科刮除術，有時需局部麻醉。吃藥、擦藥通常無效。30 年的經驗：約 82% 的病人牙周病獲得改善。69% 的病人不需手術，近期手術者降到 5%。

2. 意願：

需有一些決心與耐心，並建立正確的使用牙線與刷牙。

3. 配合：

牙周病的治療需要病人在時間上及口腔衛生上的配合。口腔衛生越好，療效越好，而且不易有口臭。

4. 時間：

牙周病的基本治療，一般需要來六次，每次約一小時。

前面的五次，每星期來一次，第五次與第六次間隔約四星期，以觀察牙周的恢復與病人的口腔衛生情形。所以牙周病的基本治療前後約需兩個月的時間，但一個月後便可感受到效果。

如果需要手術，手術後需再觀察三個月。

5. 結果：

1. 牙周治療過後，牙齦會有不等程度的緊縮，且大多不會還原。這是因為發炎腫脹的牙齦經治療後，消炎消腫了，變得較健康、結實的緣故。

2. 剛治療後三、四天內，某些牙齒會較敏感，尤其咀嚼、或是對冰水，甚至某些水果。如果有這種情形，通常是短暫的，但少數牙齒可能要兩、三個月才會改善。

3. 牙齒的鬆動度通常不易改善，但只要牙周破壞不太嚴重，牙齒有可能留下，仍有一般咀嚼功能。

牙周病治療的基本概念是「控制」，讓它不要繼續惡化，使自然牙齒留的更多，用的更好，但無法恢復「完美」。所以越早治療，效果越好。每天使用牙線、刷牙就是「預防重於治療」，定期保養有「早期發現早期治療」的功能。

(接背面)

(續前頁)

牙周病治療步驟

項 目		內 容	
初診、諮商、溝通		初步瞭解牙周病的情況，告知患者牙周病的原因，治療經過與結果。	
1.	基本治療	牙周探測檢查	軟組織的檢查。以牙周探測計檢查牙周破壞深度，並加以記錄。
		全口 x 光檢查	硬組織的檢查。瞭解肉眼無法鑑定的部份：牙根形態與齒槽骨位置，以及蛀牙等等。
		根面整平術	使用特殊的器械深入囊袋，把造成牙周病的穢東西刮除，以利牙周恢復健康。此為牙周病治療最基本，也是最重要的部份。
		口腔衛生訓練	重新建立病人的口腔衛生習慣。只有在良好的口腔衛生之下，治療效果才可維持。
		評 估	通常在四次刮完後一個月，評估病人對治療的反應、配合程度及手術的必要性。
2.	定期維護	定期監測牙周健康，並清除口腔衛生的死角。此步驟為維護牙周健康的長期主軸。通常每三到六個月一次。	
3.	手 術	改善基本治療與定期維護尚無法解決的問題。	

初步檢查與建議，您有：

- 早期的牙周病，應：
 - 作定期牙結石刮除及口腔衛生訓練。
 - 徹底牙周治療。
- 中度的牙周病，應徹底檢查治療。
- 嚴重的牙周病，應徹底檢查治療。

您的檢查資料，我們也會寄給您的轉診醫師，以利參考。

我同意治療

患者簽名_____ 日期 2022 年__月__日

xx 牙醫診所 地址：
電話：

附件

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 第三部牙醫

第五章 牙周病統合治療方案

通則：

一、適用治療對象：為全口牙周炎病人，總齒數至少十六齒（專業認定需拔除者不列入總齒數計算），六顆牙齒以上牙周囊袋深度5mm以上。

二、牙醫師資格、申請程序及審查程序：

(一)一般醫師須接受四學分以上牙周病統合治療方案相關之教育訓練（一學分行政課程；三學分專業課程）。

(二)臺灣牙周病醫學會與台灣牙周補綴醫學會專科醫師、一般會員均須接受一學分以上牙周病統合治療方案相關之行政部分教育訓練。

(三)醫師非二年內經保險人停約或終止特約醫事服務機構負責人或負有行為責任之人；前述違規期間之認定，以保險人第一次發函所載停約或終止特約日起算（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者）。

(四)醫師當年合計治療個案數，由保險人於次年八月依病人歸戶統計，經歸戶並排除治療個案數五件以下者，若當年申報 91023C 個案數比率小於百分之三十三點三三者（限同院所，不限同醫師完成），自保險人文到日次年一月起，兩年內不得申報本章診療項目，屆滿須再接受相關教育訓練後，始得提出申請。

(五)特約醫療院所應檢附教育訓練學分證明等相關資料，於每月五日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下稱牙醫全聯會），牙醫全聯會審查後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由所轄保險人分區業務組行文通知相關院所，並副知牙醫全聯會；申請者得於核定之起迄期間執行本方案服務。

三、支付規範：

(一)本方案診療項目限經保險人分區業務組核定之醫師申報。

(二)若病人曾於最近一年內，在同一特約醫療院所施行並申報 91006C 或 91007C 三次者，不得申報本方案中所列診療項目。

(三)執行本方案須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療方案登錄及查詢該病人是否曾接受牙周病統合治療，如一年內未曾收案（以執行 91021C 起算），始得收案執行，未登錄不得申報本方案所列診療項目。VPN 登錄後於次月二十日(含)前，未申報牙周病統合治療第一階支付(91021C)者，系統將自動刪除VPN登錄資料，如欲執行須重新登錄收案。

(四)91021C~91023C 治療期間內，或自申報 91021C 起一百八十天內且未完成執行本方案三階段者，不得申報本部第三章第三節牙周病學診療項目(除 91001C、91013C、91019C、91088C 外)。

(五)院所申報 91022C 起，一年內不得申報 91006C 至 91008C 之診療項目服務費用。

(六)每一個案一年內僅能執行一次牙周病統合治療（以執行 91021C 起算）。

(七)本方案屬同一療程分三階段支付，其療程最長為一百八十天，療程中 91021C 至 91023C 各項目僅能申報一次，另申報 91022C 治療日起九十天內，依病情需要施行之牙結石清除治療，不得另行申報 91003C、91004C、91005C、91017C、91089C、91090C、91103C、91104C。

(八)X光片費用另計，治療期間內限申報一次全口X光檢查（限申報 34001C 及 34002C）。

四、相關規範：

(一)醫療服務管控實務如下：

1.醫管措施

- (1)執行本方案之醫師每月申報件數以不超過二十件為原則（以 91022C 列計），醫師支援不同院所應合併計算。申報件數超過時，應以立意審查，以確保醫療品質。
- (2)符合下列條件者，得提出申請增加每月申報件數，經保險人核定後，始得增加申報件數。
 - A.專科醫師（臺灣牙周病醫學會或台灣牙周補綴醫學會），或有教學計畫（教學醫院、畢業後一般醫學訓練《post-graduated year, PGY》院所），得提出申請，經保險人核定後，每月 91022C 申報件數不限，隨一般案件抽審。
 - B.有醫療需求者，於最近兩個月內每月完成 91023C 申報件數達十件以上，得提出申請，經保險人核定後得增加為 91022C 每月三十件（如當年三月提出申請，則以當年一月、二月申報 91023C 之件數核定）。申報件數超過核定數時，採立意審查。
- (3)專科醫師、有教學計畫或另有醫療需求者，請於每月五日前將申請表及相關資料以掛號郵寄牙醫全聯會，牙醫全聯會初審後，於每月二十日前將名單函送所轄保險人分區業務組核定，並由保險人分區業務組函復申請醫師，並副知牙醫師全聯會。

(二)參加本方案之院所，應提供院所及機構之電話、地址等資訊，置放於保險人全球資訊網網站（<https://www.nhi.gov.tw>）及牙醫全聯會網站（<https://www.cda.org.tw>），俾利民眾查詢就醫。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91021C	牙周病統合治療第一階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行治療前全口 X 光檢查及牙周病檢查，並須檢附牙周病檢查紀錄表供審查。 2.應提供牙周病統合治療衛教照護資訊及口腔保健衛教指導。 3.應檢附病人基本資料暨接受牙周病統合治療確認書。 4.未滿三十一歲病人須附全口根尖片。 5.同院所於二年內再執行本方案之病人須附全口根尖片。 6.執行本方案前，須至健保資訊網服務系統(VPN)進行牙周病統合治療實施方案查詢及登錄，未登錄不得申報本方案。	v	v	v	v	1800
91022C	牙周病統合治療第二階段支付 (comprehensive periodontal treatment) 註： 1.本項主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，並提供牙菌斑進階去除指導及控制紀錄。 2.須檢附牙菌斑控制紀錄表及病歷供審查。	v	v	v	v	5000

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
91023C	<p>牙周病統合治療第三階段支付 (comprehensive periodontal treatment)</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本項主要進行治療後牙周病檢查及牙菌斑控制紀錄及評估治療情形。 2.完成牙周病統合治療第二階段支付(91022C)治療日起四週（二十八天以上）後，經牙周病檢查原本牙周囊袋深度5mm 以上之牙齒，至少一個部位深度降低2mm 者達七成以上，且無非適應症之拔牙時，方可申報。 3.須附治療前與治療後之牙菌斑控制紀錄表、牙周病檢查紀錄表及病歷供審查。 	v	v	v	v	3200

牙周病統合照護登錄作業

壹、作業目的及功能

一、作業目的

- (一) 牙周病照護之內容，建立治療照護架構，期提升牙周病照護品質，增進就醫公平性，以減少後續口腔醫療疾病費用之負擔。
- (二) 醫療機構使用者可使用此系統登錄牙周病照護個案的相關就醫資料，並可查詢此病患 365 天內是否有重複就診的資料；使用者可查詢個案曾經登錄過的資料，若最後一筆資料為本院所登錄的，即可修改此筆資料。

二、作業功能

牙周病統合照護登錄作業。

貳、操作說明

一、登入入口網頁

(一) 服務機構進入健保資訊網服務系統 (VPN) 平台後，將電子憑證插入讀卡機，選擇憑證種類及輸入憑證相關資料，按**登入**鍵，進入如下畫面的「我的首頁」，左邊「服務項目」將顯示該登入人員個人所屬權限的作業清單。

您正使用 Chrome 瀏覽器 (版本: 133.0.0.0) | 新網頁 | 網站地圖 | 網站使用說明 | 資安專區

健保資訊網服務系統 (VPN) | 所在位置 / 首頁

醫事人員專區(常用)

- ▶ 健保醫療資訊雲端查詢系統(單一入口)
- ▶ 保險對象特定醫療資訊查詢作業
- ▶ 醫事人員溝通平台
- ▶ 院所申報醫師別概況作業
- ▶ 住院病例組合編審查詢作業

醫事機構登入(常用)

- ▶ 醫事人員卡
- ▶ 健保卡
- ▶ 自然人憑證
- ▶ 醫事機構卡
- ▶ 政府單位憑證卡

業務公告 | 進階查詢 | 諮詢窗口

醫審及藥材組 / 114.02.24
衛生福利部食品藥物管理署公告 114年2月13日至114年2月19日共1項藥品供應不足及其替代藥品。 [詳細資料...](#)

醫務管理組 / 114.02.20
衛生福利部檢送「預防保健口腔黏膜檢查服務」之補助金額對照表，如附件。 [詳細資料...](#)

啟用 Windows
移至 [設定] 以啟用 Windows

衛生福利部 中央健康保險署

服務電話: (07)231-8122
服務時間: 週一至週五8:00 ~ 19:45、週六9:00 ~ 17:00
電子信箱: ic_service@nhi.gov.tw

網路線路檢測/報修專線
中華電信 (02)2344-3118

您正使用 Chrome 瀏覽器 (版本: 133.0.0.0) | 新網頁 | 網站地圖 | 網站使用說明 | 資安專區

健保資訊網服務系統 (VPN) | 所在位置 / 首頁 / 醫事機構登入 / 醫事人員卡

醫事機構登入 (請選擇使用卡片)

醫事人員卡 | 健保卡 | 自然人憑證卡 | 醫事機構卡 | 政府單位憑證卡

健保OTP認證

醫事人員卡登入

1. 申辦醫事人員卡事宜? ▾
2. 衛生福利部醫事憑證管理中心相關網站? ▾

憑證 PIN 碼來源

- 健保讀卡機 (已驗證成功者免輸入)
- 電腦鍵盤

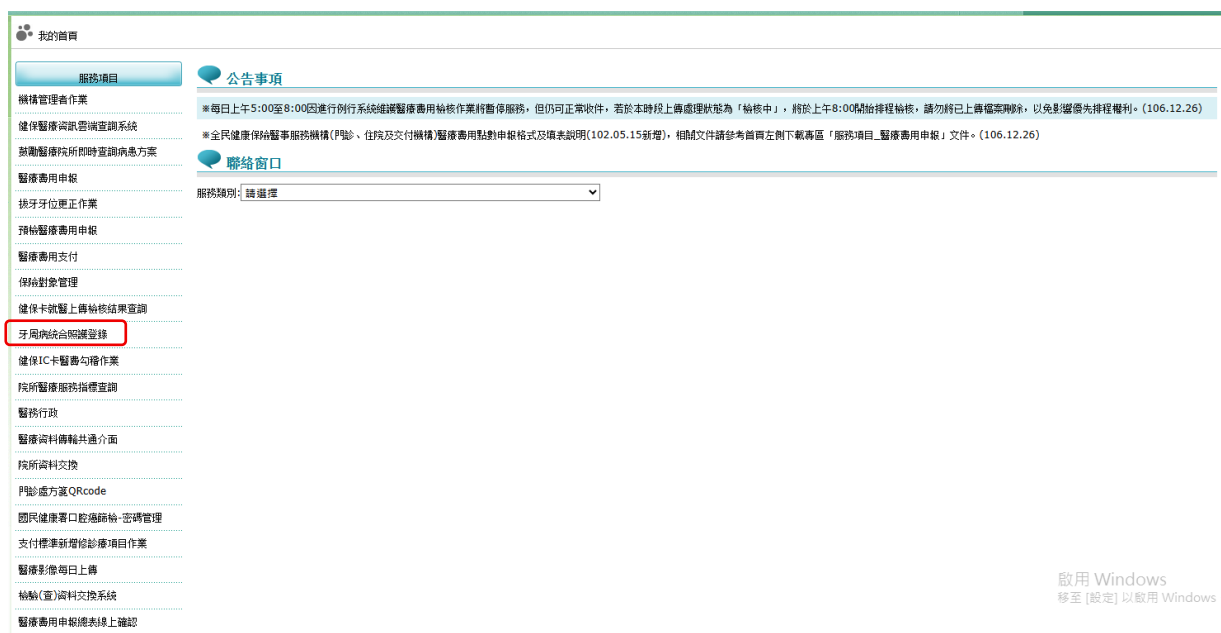
請選擇讀卡機種類:

- 健保讀卡機/雲端控制軟體
- 晶片讀卡機

登入

隱私權政策 | 資訊安全政策 | 政府網站資料開放宣告
移至 [設定] 以啟用 Windows

圖貳-1 健保資訊網服務系統 (VPN) 首頁



圖貳-2健保資訊網服務系統（VPN）我的首頁

(二) 從我的首頁之「服務項目」的作業選單中，有以下兩種進入方式，分述如下。

1. 直接點選-「牙周病統合照護登錄作業」，進入「現行作業區」，系統將自動將屬於醫療費用申報的相關公告事項，按公告日期由近至遠排序，顯示於網頁右方。





圖貳-3健保資訊網服務系統（VPN）我的首頁



圖貳-4 現行作業區業務公告

2. 當游標移至「牙周病統合照護登錄作業」的作業時，會將屬於此業務的相關作業向右展開，當點選任一作業，系統即進入「現行作業區」，並執行所點選的作業選項。

(三) 「現行作業區」選項右邊有三個小按鈕（如圖貳-6），功能分述如下。

1. 點選  顯示此作業之聯絡窗口。
2. 點選  顯示此作業之公告事項及下載專區，例如：使用手冊..等。

二、 牙周病統合照護登錄作業

(一) 點選此選項畫面（如圖貳-5）如下。

牙周病統合照護資料登錄及查詢系統

*醫事機構代碼	3701202149
*身分證號	<input type="text"/> <input type="button" value="請卡登入"/>
*出生日期	<input type="text"/>
*姓名	<input type="text"/>
*收案日期	<input type="text"/> <small>僅能鍵入登錄時收案該月1日至申報費用日前(最晚次月20日)之日期</small>
醫師 ID	<input type="text"/>

* 最新一筆牙周病登錄資料為本院時才可刪除或修改此筆資料。

更正/刪除	項次	本院/他院	收案日期	醫師 ID	首次登入日期	更正日期
-------	----	-------	------	-------	--------	------

圖貳-6 牙周病統合照護資料登錄及查詢

(二) 新增牙周病統合照護資料

1. 除醫師 ID 為非必填欄位外，其他欄位（如身分證字號等）均屬必填欄位。

2. **清除**功能鍵，僅清除畫面中醫師 ID 欄位資料。
3. 醫事機構代碼將依登入資訊自動帶入。
4. 身分證字號欄位登錄
 - (1) 在登打身分證字號後，若該 ID 曾資料登錄，將顯示歷史資料，回覆資料畫面如下（如圖貳-6），使用者可以點選任一出生日期，系統將帶回該出生日期，並填入出生日期欄位中。
 - (2) 在登打身分證字號後，若該 ID 不曾資料登錄，在輸入出生日期後，系統將提示「此 ID 未曾登錄，可新增收案」（如圖貳-7）。



圖貳-7 歷史資料回覆畫面



圖貳-8 牙周病統合照護資料登錄及查詢

5. 在輸入出生日期後，系統自動帶出 ID、出生日期等之照護歷史資料(如圖貳-8)。(若最新一筆收案日期迄今小於 365 天，系統將不允許新增資料)

現行作業區 牙周病統合照護登錄作業

牙周病統合照護資料登錄及查詢系統

* 醫事機構代碼: 3501200000

* 身分證字號: A123456780

* 出生日期: 050/01/01 (YYYYMMDD)

* 姓名:

* 收案日期: (YYYYMMDD)

醫師 ID:

新增 更正 刪除 清除

*最新一筆牙周病登錄資料為本院時才可刪除或修改此筆資料。

刪/修 選項	項次	本院/他院	收案日期	醫生 ID	首次登入日期	更正日期
<input type="radio"/>	1	本院	101/03/01	A198765432	101/09/25	101/10/16
	2	本院	100/02/11	A198765432	100/05/15	101/10/31
	3	他院	099/02/10	A198765432	099/02/12	101/05/15
	4	本院	098/01/30	A198765432	098/01/30	101/05/15

圖貳-9 牙周病統合照護歷史資料

6. 依序登錄姓名、收案日期、醫師 ID 後按新增。
7. 系統提供新增成功訊息，並顯示新增資料(如圖貳-9)。

牙周病統合照護資料登錄及查詢系統

* 醫事機構代碼: 3501200000

* 身分證字號: B123456789

* 出生日期: 050/01/01 (YYYYMMDD)

* 姓名: 晶

* 收案日期: 100/01/01 (YYYYMMDD)

醫師 ID: 1234567890

新增 更正 刪除 清除

*最新一筆牙周病登錄資料為本院時才可刪除或修改此筆資料。

網頁訊息 新增成功 確定

刪/修 選項	項次	本院/他院	收案日期	醫生 ID	首次登入日期	更正日期
<input type="radio"/>	1	本院	100/01/01	1234567890	101/10/16	101/10/16

圖貳-10 牙周病統合照護資料登錄新增成功訊息

三、修改/刪除牙周病統合照護資料

(一) 點選此選項畫面如下。

1. 醫事機構代碼將依登入資訊自動帶入。
2. 在登打身分證字號後，若該 ID 曾資料登錄，將顯示歷史資料（如圖貳-6），回覆資料畫面如下，使用者可以點選任一出生日期，系統將帶回該出生日期，並填入出生日期欄位中。
3. 在輸入出生日期後，系統自動帶出該 ID、出生日期等之歷史照護資料（如圖貳-8），當最新一筆資料在「本院/他院」顯示為「本院」時，才可點選左方選單並進行刪除或修改此筆資料。
4. 點選「選項」後，更正/刪除按鍵變更可點選狀況（如圖貳-11），即可修改姓名、收案日期及醫師 ID 欄位，或刪除該筆資料。

現行作業區 牙周病統合照護資料登錄及查詢系統

牙周病統合照護登錄作業

* 醫事機構代碼 3501200000

* 身分證字號 A123456780

* 出生日期 050/01/01 (YYMMDD)

* 姓名

* 收案日期 (YYMMDD)

醫師 ID

新增 更正 刪除 清除

*最新一筆牙周病登錄資料為本院時才可刪除或修改此筆資料。

刪/修選項	項次	本院/他院	收案日期	醫生 ID	首次登入日期	更正日期
<input type="radio"/>	1	本院	101/03/01	A198765432	101/09/25	101/10/16
	2	本院	100/02/11	A198765432	100/05/15	101/10/31
	3	他院	099/02/10	A198765432	099/02/12	101/05/15
	4	本院	098/01/30	A198765432	098/01/30	101/05/15

圖貳-11 牙周病統合照護歷史資料

參、補充說明

- 一、本作業在健保資訊網服務網頁（VPN）操作。

牙周病統合治療衛教照護資訊

- 進行牙周病統合治療實施方案時，請提供病患相關衛教照護資訊。

可指導病患使用智慧型手機、平板、電腦等，獲得牙周病統合治療衛教照護資訊。

- 掃瞄QR code



歡迎加入

牙醫師公會全國聯合會LINE@



行動條碼掃描器



獲得 **第一手** 最新資訊!

- ✓ 最新健保新知，及健保申報相關資訊。
- ✓ 最新牙醫政策推動事項，院所配合方式及Q&A。
- ✓ 近期牙醫課程開課資訊、報名方式。
- ✓ 牙醫界最新活動資訊。
- ✓ 一對一聊天，即時接收會員醫師提問，快速回覆並交流意見。